Lettre EEP Santé n°10

Décembre 2016

Complémentaire santé en pratique

A quoi sert la mutualisation ?

- A la définition de garanties santé adaptées aux besoins des salariés et aux particularités des entreprises, (***l'accord EEP santé*** prévoit trois niveaux de garanties : socle, option 1 et option 2),
- A garantir des tarifs négociés au plus juste, agréés par les partenaires sociaux et non pas décidés unilatéralement par l'assureur,
- A la simplification des démarches d'adhésion,
- A un accès privilégié à des services, proposés par les assureurs, dédiés et spécialement conçus en adéquation avec les besoins et spécificités de nos métiers quelle que soit la taille de l'établissement ou la situation des salariés,
- A un accès réservé au Fonds de solidarité de la branche : prise en charge d'une réduction de 50% de la contribution salarié. (Voir l'encadré n°1 « cotisations réduites » de la lettre EEP Santé n°9).
- A un pilotage national du régime frais de santé collectif et une veille active des partenaires sociaux sur les résultats et les aspects techniques du régime,
- A la répartition à égalité des risques, des frais et du coût de la portabilité, permettant ainsi d'éviter des différences de coûts entre établissement sur considération des données relatives à l'âge, à l'état de santé ou encore à la répartition géographique.
- A la prise en charge par la mutualisation des salariés des établissements « défaillants » (cf. page 2).

Changer d'option facultative, c'est possible !

Le régime ***EEP santé*** permet au salarié de s'affilier ainsi que les membres de sa famille à une option facultative, en complément du régime socle obligatoire mis en place dans l'entreprise. Nous vous rappelons que les ayants-droit (enfants et conjoint) doivent adhérer au même niveau de couverture que celui souscrit par le salarié pour lui-même, par application des principes de symétrie et d'automaticité. Concrètement :

- le salarié choisit de s'affilier à l'option 1, ses ayants-droit sont affiliés à l'option 1.
- le salarié choisit de s'affilier à l'option 2, ses ayants-droit sont affiliés à l'option 2.

Le salarié peut demander à changer d'option dans les conditions suivantes :

- **Passage à un niveau supérieur** (du socle à l'option 1 ou 2, ou de l'option 1 à l'option 2) :
  - Le changement prend effet au 1er janvier suivant la réception de la demande, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme assureur choisi au plus tard le 30 novembre de l'exercice en cours,
  - En cas de changement de situation de famille, le changement prend effet au 1er jour du mois suivant le changement de situation.
- **Passage à un niveau inférieur** (de l'option 2 à l'option 1, de l'option 1 au socle) :
  - Le changement est possible sous réserve d'une durée minimale de cotisation de 2 ans **(***voir exception infra)* dans l'option d'origine,
  - Il prend effet au 1er janvier suivant la réception de la demande, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme assureur choisi au plus tard le 30 novembre de l'exercice en cours.

Par exception (et sous réserve que le salarié en apporte la preuve) le passage à un niveau inférieur d'option est prévu : soit en cas de changement de situation de famille (le changement prend effet le 1er jour du mois civil qui suit la réception de la demande), soit en cas de diminution de plus de 20% des revenus du foyer (le changement prend effet au 1er janvier ou au 1er juillet suivant la réception de la demande).

Je suis futur retraité (ou retraité depuis peu), puis-je rester affilié à *EEP Santé* ? Oui, c'est possible !

Dans le régime ***EEP Santé*** les partenaires sociaux ont souhaité privilégier la solidarité (plutôt que les autres régimes d'accueil relevant des assureurs).

Le futur retraité peut demander à bénéficier du **même niveau de garanties (obligatoire et options)** dont il bénéficiait en tant que salarié au moment de la cessation de son contrat de travail.

Rappels :

- pour bénéficier de ce maintien de garanties, l'ancien salarié doit faire sa demande auprès de l'organisme assureur auquel il était affilié en tant que salarié**,** dans les 6 mois qui suivent la rupture de son contrat de travail ou dans les 6 mois qui suivent la fin de la période de portabilité.
- **le maintien de la garantie frais de santé donne lieu à un nouveau contrat entre l'ancien salarié et l'organisme assureur**. La nouvelle cotisation est alors à la charge intégrale de l'ancien salarié**.** Les tarifs applicables sont prévus dans l'accord EEP santé. La règle est qu'ils peuvent être supérieurs, dans la limite de 150 %, aux tarifs applicables aux actifs.
  A noter : ces tarifs devraient évoluer à la baisse pour les deux premières années de départ en retraite (réglementation en cours de changement).
  L'assureur recommandé a l'obligation de proposer en premier lieu à l'ancien salarié un maintien de couverture au titre de la loi Evin avant de proposer un contrat individuel (dit régime d'accueil).

Distinction entre Portabilité des droits et dispositif dit « Loi Evin »

Le dispositif de portabilité des droits offre à tout salarié dont le contrat de travail est rompu la possibilité de continuer à bénéficier **à titre gratuit** des garanties frais de santé et des garanties liées aux risques décès, incapacité de travail et invalidité en lien avec les régimes de complémentaire santé et de prévoyance en vigueur dans l'entreprise. Pour cela il faut avoir droit aux indemnités de l'assurance chômage. Les droits gratuits sont maintenus selon l'ancienneté de l'ancien salarié dans la limite de 12 mois. Ces droits cessent si le salarié retrouve un nouvel emploi. Le salarié en portabilité et l'établissement n'ont pas de contribution à acquitter.
Notez que les ayants-droit de l'ancien salarié sont également concernés par ce maintien de la couverture dès lors qu'ils sont affiliés à ***EEP santé.***

Quelles sont les conditions à remplir par l'ancien salarié pour bénéficier du dispositif de la portabilité des droits ?

La portabilité s'adresse aux anciens salariés répondant aux conditions cumulatives suivantes :

1. Contrat de travail rompu (sauf faute lourde)
2. Droit à indemnisation auprès du régime d'assurance chômage,
3. Bénéfice du régime EEP santé chez le dernier employeur.

Quelles sont les obligations des établissements ?

L'employeur doit signaler le maintien des garanties au titre de la portabilité dans le certificat de travail de l'ancien salarié (sur *ce point reportez-vous à la **lettre EEP Santé n°7** du 12 février 2016 « extrait d'un modèle de certificat de travail »*). L'établissement doit informer l'organisme assureur dans les plus brefs délais de la cessation du contrat de travail.

	Portabilité des droits	**Loi Evin Art 4**
Garanties à maintenir	*EEP Santé*	*EEP Santé*
Bénéficiaires	Anciens salariés indemnisés par le Pôle emploi (sauf licenciement pour faute lourde) et leurs ayants-droit	Retraités, Titulaires d'une rente d'invalidité, Chômeurs indemnisés, Les ayants-droit de l'assuré décédé
Durée du maintien	De 1 à 12 mois apprécié en mois d'ancienneté chez le dernier employeur, arrondi au nombre supérieur	Ancien salarié : durée illimitée. Ayants-droit d'assuré décédé : durée minimale de 12 mois
Financement	Financé par la mutualisation. L'ancien salarié et l'employeur ne paient aucune cotisation	Cotisation intégralement supportée par le salarié et limitée à 150 % de la cotisation des actifs
Formalités à accomplir	Le maintien est de droit (Le maintien est signalé dans le certificat de travail)	Demande à faire dans les 6 mois suivant : soit la rupture du contrat de travail (ou, à compter du décès du titulaire du droit), soit la fin de la période de portabilité
Montant de la cotisation	*Sans objet (gratuit)*	*Fixés par l'accord paritaire EEP santé*

Etablissement en difficulté de paiement des cotisations santé : pas d'impact sur les salariés

Dans l'hypothèse où l'établissement ne paie pas les cotisations relatives au régime de complémentaire santé, alors qu'elles sont précomptées sur les bulletins de paie des salariés, les garanties souscrites par ces derniers restent maintenues.
Cette situation n'aura aucun impact sur les salariés si l'établissement a adhéré à un des assureurs recommandés !
C'est la force de mutualisation (cf. page 1). L'organisme assureur recommandé et la CNP EEP Santé mettront tout en œuvre pour accompagner l'établissement à rétablir (rapidement) la situation. Par contre, si l'établissement a fait le choix d'un assureur non recommandé, les salariés n'ont pas la garantie de bénéficier de la couverture santé ni de la portabilité.

Lettre EEP Santé n°9

5 octobre 2016

Complémentaire santé en pratique

En ce début d'année scolaire de nombreuses questions ont été posées sur sante@branche-eep.org
Il était nécessaire de revenir aux grands principes… Voici synthétisés quelques échanges.
N'hésitez pas à solliciter la commission paritaire via son secrétariat technique et administratif en utilisant l'adresse mail ci-dessus.

Les personnels percevant une indemnité sont-ils concernés ? Les CUI-CAE sont-ils couverts ? Quid des Chefs d'établissements, des responsables de niveau ?

La loi impose à chaque employeur du secteur privé d'affilier à une complémentaire santé collective et obligatoire chaque salarié et de financer au moins 50% de la cotisation.

Tous les salariés sont donc concernés !

Pour accompagner salariés et établissements, un régime de frais de santé obligatoire et collectif dénommé *EEP santé* a été mis en place. Il s'impose à tous les établissements de l'Enseignement catholique (Etablissements relevant du Ministère de l'éducation nationale et du Ministère de l'agriculture).
Tous les salariés ayant 4 mois d'ancienneté continue doivent être affiliés quels que soient leur contrat, leur temps de travail et les modalités de leur rémunération.
Sont donc concernés les salariés en CDI, CDD, CUI-CAE, contrat de professionnalisation ou d'apprentissage, les salariés percevant une indemnité, les chefs de travaux, les chefs d'établissements, les enseignants, agents publics ayant une activité accessoire de droit privé (responsables de niveau par exemple), les formateurs, les enseignants des écoles sous contrat simple …
A noter que les conjoints et enfants du salarié (appelés « ayants-droit ») peuvent être affiliés au régime ***EEP santé*** et bénéficier du même niveau de prestations que le salarié (appelé « ouvrant-droit »).

Une cotisation réduite de 50% pour les CDD, CUI-CAE, les Apprentis, etc.

Les salariés en CDD (CUI-CAE ou CDD de droit commun) ou en contrat d'apprentissage de 12 mois et moins et les salariés dont leur contribution, (toutes garanties complémentaires d'entreprise additionnées santé et prévoyance), est égale au moins à 10% de leurs rémunérations brutes (toutes sources de revenu confondu), bénéficient d'une réduction tarifaire **de 50% de leur contribution sur le socle obligatoire.**
Ainsi, pour 2016, la contribution due pour ces salariés au titre du socle obligatoire (régime général, et régime agricole) est de 9,25€. La solidarité prenant en charge le différentiel.

Pour ces salariés ou apprentis relevant du régime Alsace-Moselle :

- La contribution employeur reste quant à elle inchangée, soit au minimum de 18,50€.
- La contribution maximum due par le salarié est de 3,70€.

Obligation de fin d'année : suivre les cas de dispense

La fin d'année arrive à grand pas, les justificatifs de dispenses d'adhésion ont besoin d'être vérifiés.
En effet, il appartient à l'employeur de s'assurer que la situation des salariés dispensés n'a pas changé et être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés, ainsi que les justificatifs, en cas de contrôle de l'Urssaf.

ATTENTION
Les salariés couverts par une complémentaire santé collective obligatoire (en règle générale comme ayant-droit du conjoint, avec couverture obligatoire du conjoint) peuvent se dispenser d'adhésion. Ils doivent justifier de cette affiliation… Cette dispense est annuelle et les justificatifs produits tous les ans.
Les salariés bénéficiant actuellement d'une dispense au motif qu'ils bénéficiaient au 1er janvier 2016 d'une couverture individuelle devront être affiliés au régime EEP santé au 1er janvier 2017 au plus tard (à moins qu'ils ne justifient d'un autre cas de dispense prévu). En général la date d'échéance est calée sur l'année civile. Nous conseillons donc aux employeurs de prévenir les salariés avant la période de préavis (environ 2 mois) de résiliation de son contrat individuel, afin de leur permettre d'anticiper la tacite reconduction.
Autrement dit, ils ne peuvent pas continuer à bénéficier de la dispense au prétexte que leur contrat « individuel est reconduit tacitement ».

Nous conseillons donc l'établissement de demander dans le courant du mois d'octobre les justificatifs nécessaires.

Modèle type : **1ER cas**
dispense « pérenne » à justifier annuellement :

Madame, Monsieur <<>>

Vous nous avez fait part le <<>>, en remplissant le formulaire dédié, de votre demande de dispense d'affiliation au régime EEP Santé collectif et obligatoire en vigueur dans l'établissement, et donc de ne pas bénéficier des garanties mises en place.

La dispense, dont vous bénéficiez, <<*étant annuelle* >>, nous vous remercions de nous informer par écrit de votre intention de continuer d'en bénéficier, et de nous fournir les pièces nécessaires afin de justifier du maintien de ce cas de dispense d'adhésion.

Par la présente, nous vous rappelons les conséquences relatives au bénéfice de la dispense invoquée notamment :
- l'absence d'affiliation au régime et donc de la contribution employeur ;
- l'absence de bénéfice des garanties mises en place et éventuellement des réductions tarifaires prévues ;
- par voie de conséquence, l'absence de portabilité à titre gratuit des droits.

Nous vous adressons à nouveau la notice d'information délivrée par l'organisme assureur et nous nous tenons à votre entière disposition pour toute question.

<<signature>>

Modèle type : **2ème cas**
dispense valable que jusqu'à l'échéance du contrat individuel :

Madame, Monsieur <<>>

Vous nous avez fait part le <<>>, en remplissant le formulaire dédié, de votre demande de dispense d'affiliation au régime EEP Santé collectif et obligatoire en vigueur dans l'établissement, et donc de ne pas bénéficier des garanties mises en place.

Vous bénéficiez d'une dispense d'affiliation car vous êtes couvert(e) à titre individuel par ailleurs. Or, la durée de cette dispense n'est valable que jusqu'à l'échéance de votre contrat individuel. Nous vous invitons à vérifier la date d'échéance de votre contrat.
Nous attirons votre attention sur le respect de la période de préavis de résiliation du contrat individuel, afin d'anticiper sa tacite reconduction.

Nous vous remercions de nous informer par écrit de votre intention de solliciter un autre cas de dispense prévu par l'accord EEP santé, et de nous fournir les pièces justificatives correspondantes. Le cas échéant, nous vous informons que vous serez affilié(e) au régime EEP Santé collectif et obligatoire en vigueur dans l'établissement.

Par la présente, nous vous rappelons les conséquences relatives au bénéfice de la dispense notamment :
- l'absence d'affiliation au régime et donc de la contribution employeur ;
- l'absence de bénéfice des garanties mises en place et éventuellement des réductions tarifaires prévues ;
- par voie de conséquence, l'absence de portabilité à titre gratuit des droits.

Nous vous adressons à nouveau la notice d'information délivrée par l'organisme assureur et nous nous tenons à votre entière disposition pour toute question.

<<signature>>

Communication ciblée : à destination des établissements n'ayant pas encore souscrit un contrat avec un organisme assureur recommandé (OAR)

Plusieurs organismes assureurs ont adressé un courrier aux établissements du réseau. Ce dernier a vocation à rappeler aux établissements ayant conservé ou retenu un opérateur autre que ceux recommandés par ***l'accord EEP santé***, tout l'intérêt qu'ils ont à rejoindre la mutualisation et donc à souscrire avec un opérateur recommandé. Si votre établissement a déjà rejoint le régime mutualisé, en confiant la couverture des remboursements des frais de santé de vos personnels à l'un des 4 organismes assureurs recommandés, (Uniprévoyance, AG2R, Humanis, Mutex), le courrier en question ne vous concerne donc pas.

Lettre EEP Santé n°8

18 Avril 2016

Complémentaire santé en pratique

Solidarité avec les retraités : des garanties maintenues à un tarif plafonné

La loi Evin du 31 décembre 1989 prévoit la possibilité de maintenir des garanties collectives en cas de rupture du contrat de travail au bénéfice des anciens salariés.

Les garanties santé sont maintenues sans condition de durée et sans questionnaire médical ! Autrement dit, les tarifs n'augmenteront pas avec l'âge et aucun risque d'être « résilié »[1] !

Bien au contraire, les retraités bénéficieront de tarifs encadrés et maitrisés comme pour les salariés des établissements…

L'article 4 de la loi Evin prévoit que le salarié supporte seul la totalité de la cotisation. Mais celle-ci est plafonnée.

Elle ne doit pas être supérieure de plus de 50% aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs. Soit pour **EEP Santé**, **55,50€** pour le socle, + **13,88€** pour l'option 1 et + **37€** pour l'option 2.

A noter que la loi de financement de sécurité sociale a prévu pour 2017 une progressivité sur 3 ans pour atteindre le plafond de 150% du tarif de base. Une bonne nouvelle pour les futurs retraités !
L'accord devra être révisé en cours d'année pour appliquer cette nouvelle règle.

Le point de départ du maintien de droit au remboursement de frais de soins de santé intervient à la demande de l'ancien salarié ; il dispose d'un délai de 6 mois à compter de la rupture de son contrat de travail.

En pratique :

- l'établissement informe l'organisme assureur recommandé de la rupture de contrat pour cause de retraite ;
- l'organisme assureur recommandé adresse une proposition de maintien de la couverture aux intéressés dans un délai de 2 mois à compter de la cessation du contrat de travail ;
- le salarié n'a plus qu'à adresser son bulletin individuel d'affiliation et pour ses éventuels ayants-droit et acquitter sa cotisation !

Les réductions tarifaires : déclaration des bénéficiaires

Les salariés en CDD et apprentis en contrat d'apprentissage d'une durée de 12 mois ou moins et les salariés pour lesquels leur propre contribution représente 10% de leur rémunération[2] bénéficient d'une réduction de 50% sur la part salarié.

Ils doivent donc mensuellement acquitter **9,25€.**

Pour l'instant, aucune formalité spécifique n'est à remplir si ce n'est, pour l'employeur, le paramétrage du précompte sur le bulletin de salaire.

Il devra au moment de l'acquittement des cotisations, transmettre impérativement à l'organisme assureur recommandé la liste des salariés concernés par la réduction de cotisation et le motif permettant de bénéficier de cette réduction et les justificatifs correspondants (copie du CDD ou du contrat d'apprentissage, avis d'imposition…).

La réduction sur la cotisation qui est une réduction de solidarité sera validée à réception de cette liste qui fera l'objet de contrôles récurrents de la part des assureurs et de la commission paritaire.

En effet, il ne peut y avoir de solidarité sans responsabilité !

[1] Tant que le contrat des actifs est en vigueur dans l'établissement d'origine.

[2] Est pris en compte le salaire perçu de l'établissement mais aussi les rémunérations perçues de l'Etat ou de tout autre employeur (article 12.2, 1 de l'accord)..

FOCUS : Bénéficier du réseau de soins et des services numériques

Au-delà du rapport qualité-prix, de la qualité des remboursements et de leur rapidité, la Commission paritaire a été attentive dans le cahier des charges à offrir des réseaux de soins et des services de proximité aux salariés.

Réseaux de soins : Itelis, Kalivia sont des réseaux de soins. Cela va au-delà du gadget. En effet, ce n'est pas une « appli » de plus sur son téléphone. Ils sont très utiles et ont plusieurs objectifs :

- **accès aux soins :** près de chez soi ;
- **choix de professionnels référencés et de qualité** : avec un système de géolocalisation sur Smartphone notamment des professionnels pratiquant le 1/3 payant ;
- **éviter au maximum les restes à charge** : en maitrisant ses dépenses de santé.

Avec ces réseaux c'est en effet des économies réalisées et des services en plus :

- **optique**, une économie moyenne estimée et déclarée par les réseaux de 40% sur les verres, 30% sur la chirurgie, 10 à 15% de remise sur les montures, de 15 à 40% sur les lentilles et para-optique ; Divers services : garantie casse, contrat d'adaptation lentilles ou lunettes, traçabilité des produits etc.
- **dentaire** : remises jusqu'à 15% sur les prothèses les plus fréquentes, jusqu'à 25% sur le traitement implantaire ;
- **audioprothèses** : 15% sur les aides auditives

Services numériques : chaque assuré reçoit un code pour se connecter directement sur le site internet de son centre de gestion. Il peut demander ainsi une prise en charge hospitalière, il a accès à l'ensemble des informations concernant entre autres le réseau mais aussi sur le montant des prestations et ses remboursements et modifier ses données personnelles.

Le chef d'établissement ou l'attaché de gestion peut bénéficier également de services numériques pour :

- gérer le personnel (affiliation, radiation…) ;
- envoyer une demande d'information ou un message ;
- modifier vos coordonnées et identifiants.

QUESTIONS -RÉPONSES :

Un salarié embauché le 4 mars 2016 devra-t-il cotiser à la complémentaire santé, le 1er juillet ou le 1er août ?

Rappelons selon l'article 3.2 de l'accord du 18 juin : « *Tous les salariés concernés ayant une ancienneté de 4 mois continue au cours des 12 derniers mois dans un ou plusieurs établissements visés à l'article 2 bénéficient obligatoirement de la couverture du socle obligatoire, acte par acte, à compter du 1er jour du mois au cours duquel ils ont acquis cette ancienneté.* » Autrement dit, il faut vérifier lors de l'embauche son ancienneté dans l'Enseignement catholique (général, technique ou agricole). Il se peut que le salarié puisse bénéficier des garanties d'EEP Santé avant qu'il n'ait **4 mois d'ancienneté** dans l'établissement.

Pour répondre à la question, nous partons donc du principe que le salarié en question n'a pas 4 mois d'ancienneté continue dans l'Enseignement catholique sur les 12 derniers mois. En toute logique, le salarié acquiert 4 mois d'ancienneté le **3 juillet** à minuit… C'est la règle de computation traditionnelle des durées en droit civil.

Rappelons la règle conventionnelle : l'affiliation doit se faire le 1er jour du mois au cours duquel le salarié a acquis cette ancienneté. En toute logique c'est au **1er juillet** 2016 qu'il faut l'affilier. Il en aurait été de même si le salarié avait été embauché du 1er au 31 mars.

Quel est le montant de la réduction tarifaire quand l'employeur prend en charge + de 18,50€ ?

Prenons un exemple : dans un établissement, la contribution pour les salariés est fixée par voie de décision unilatérale de l'employeur à 12,95€ (l'employeur prenant en charge 65% du socle, soit 24,05€). Le montant que doit acquitter le salarié bénéficiant d'une réduction de contribution est de 12,95€-9,25€. Le salarié est donc précompté de 3,7€ sur son bulletin de salaire et non de 9,25€. L'employeur acquitte quant à lui auprès de l'assureur 27,75€. A défaut, cela voudrait dire que la solidarité nationale financerait en partie l'effort de contribution de l'employeur.

Lettre EEP Santé n°7

12 février 2016

Complémentaire santé en pratique

1er bilan positif !

Le premier bilan partiel est très positif : **80% des établissements** ont adhéré au régime de l'Interbranches. C'est une réussite à mettre au crédit de l'implication de tous : organisations syndicales et patronales, salariés et IRP, UDOGEC-UROGEC, chefs d'établissements, membres d'OGEC, assureurs. Les réunions organisées sur site et en région y sont pour beaucoup.

De nombreux établissements et structures intéressés mais n'entrant pas dans le champ d'application de nos accords ont demandé à adhérer. En revanche, quelques établissements catholiques d'enseignement ont fait le choix de conserver leur régime et d'attendre 2016 pour envisager leur souscription, d'autres ont choisi d'autres assureurs que les recommandés.

Nous étudierons, cette année, avec attention les raisons pour lesquelles ces établissements n'ont pas souhaité entrer dans la mutualisation. Cette année, nous continuerons en proximité de valoriser les vertus de la mutualisation, de la solidarité et du long terme pour permettre leur adhésion à un régime de qualité, au niveau de cotisation maitrisé, adapté aux évolutions de la loi et aux besoins des salariés.

90% des bulletins individuels d'affiliation (BIA) ont été traités dans les centres de gestion des organismes assureurs recommandés. Ces BIA sont arrivés très tardivement ; l'effet d'entonnoir redouté et annoncé dans les précédentes lettres a donc eu lieu. Les centres de gestion et leurs salariés ont dû mettre les bouchées doubles pour que les salariés reçoivent leur carte de tiers-payant au plus vite. En cas d'urgence (hospitalisation…) et en attendant la réception de la carte, les assureurs peuvent intervenir pour mettre en place le tiers-payant au cas par cas.

Dispenses d'affiliation : à défaut de preuve, affiliation d'office…

L'employeur a une obligation de couverture de l'ensemble des salariés sauf exceptions que l'on appelle dispenses d'affiliation. Des salariés n'apportent pas la preuve qu'ils sont dans la situation justifiant une telle dispense. Dans un tel cas, l'employeur n'a pas le choix. Il doit procéder à leur **affiliation d'office** et précompter la contribution salariale sur le bulletin de salaire.

Les avantages de la solidarité : les réductions de cotisation en pratique !

Les salariés en CDD d'une durée de 12 mois ou moins et les salariés pour lesquels leur propre contribution représente 10% de leurs rémunérations bénéficient d'une réduction de 50%.

Ils doivent donc mensuellement acquitter **9,25€**.

Si jamais le « chèque santé » devait être mis en place (voir plus bas), il ne serait pas aussi avantageux que cette réduction de cotisation… de quoi réfléchir !

Pour l'instant, aucune formalité spécifique n'est à remplir si ce n'est, pour l'employeur, le paramétrage du précompte sur le bulletin de salaire. Chaque trimestre, à réception du **bordereau d'appel de cotisations** trimestriel, l'établissement devra transmettre à l'organisme assureur recommandé la liste des salariés concernés par la réduction de cotisation.

La réduction sur la cotisation qui est une **réduction de solidarité** sera validée à réception de cette liste qui fera l'objet de contrôles récurrents de la part des assureurs et de la commission paritaire. En effet, il ne peut avoir solidarité sans responsabilité !

Les salariés en arrêt maladie bénéficient de *EEP Santé dès le 1er janvier 2016*

La Circulaire du 29 décembre 2015 confirme l'analyse développée dans la lettre *EEP Santé n°6*.

Un salarié en suspension de contrat bénéficiant d'un maintien de salaire total ou partiel, d'indemnités journalières complémentaires, de rentes d'invalidité et/ou d'indemnités journalières de sécurité sociale doit être affilié à compter du 1er janvier 2016 comme l'ensemble des salariés.

C'est logique, l'employeur peut précompter une contribution sur le bulletin de salaire. Il est tout à fait possible de **prélever la contribution salariale sur le bulletin de salaire** du salarié percevant par exemple des indemnités journalières de sécurité sociale et complémentaires ou une rente d'invalidité.

Au chômage les anciens salariés bénéficient « gratuitement » de *EEP Santé*

En cas de rupture du contrat de travail, le salarié bénéficie d'un « maintien d'affiliation ». C'est ce qu'on appelle la portabilité. Elle est « gratuite » pour le salarié concerné; elle est financée par la cotisation des actifs. **Le salarié en portabilité et l'établissement n'ont donc pas de contribution à acquitter.**

Le salarié bénéficie de cette portabilité s'il est pris en charge par le régime d'assurance chômage (même sans perception d'allocation) et pour une durée équivalente à la durée du dernier contrat de travail (ou des derniers contrats consécutifs chez le même employeur) avec un maximum de 12 mois.
Cette durée s'applique quelle que soit la durée de l'affiliation à *EEP Santé*.

Autrement dit, un salarié qui a plus d'un an d'ancienneté et dont le contrat est rompu en mars peut bénéficier du dispositif de portabilité pendant 12 mois et non 3 mois !
L'établissement doit signaler au salarié via le certificat de travail le maintien des garanties et tenir l'organisme assureur informé de la cessation du contrat de travail.

Extrait d'un modèle de certificat de travail
La rupture du contrat de travail de Monsieur (ou Madame) <> peut ouvrir droit à prise en charge par l'assurance chômage.
Dans ces conditions et en application des dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, il (ou elle) <> bénéficie, à compter de celle-ci, et pendant une durée <<maximale de si le contrat est inférieure à 12 mois ou une durée maximale de 12 mois>>, du maintien des garanties complémentaires en vigueur au sein de l'établissement au titre :

- des frais de santé (à défaut d'une demande de dispense d'adhésion) *EEP Santé* ;
- des risques incapacité, invalidité et décès, *EEP Prévoyance*.

(Eventuellement : Pour de plus amples informations sur l'étendue de cette couverture, Monsieur (ou Madame) <<nom, prénom>> est invité à se reporter aux notices d'information émises par l'organisme assureur, jointes au présent document ou disponible sur le site <>.)
(Eventuellement : Monsieur (ou Madame) <<nom, prénom>> est tenu de transmettre à l'organisme assureur <<*préciser les noms et coordonnées de l'organisme assureur*>> son justificatif de prise en charge par l'assurance chômage et de le tenir informé de toute cessation de prise en charge par l'assurance chômage intervenant pendant la période de maintien de sa couverture.)

« Chèque santé » et clauses d'ancienneté : pas de changement

Concernant les **clauses d'ancienneté,** l'article R. 242-1-1 du Code de la sécurité sociale reste en vigueur. Ces clauses ont même été confortées par la Circulaire du 29 décembre 2015. Aussi, tant que l'accord EEP santé n'aura pas été modifié, l'ancienneté de 4 mois est toujours applicable.

La loi de financement de sécurité sociale pour 2016 a instauré un nouveau dispositif appelé **« chèque santé »** ou **« versement santé ».**
Il s'agit d'une aide patronale au financement d'une complémentaire santé individuelle. Le salarié en CDD devra donc en faire la demande auprès de son employeur et apporter la preuve qu'il a souscrit un contrat individuel « responsable. »
Ce dispositif est d'une telle complexité que les URSSAF elles-mêmes sont invitées dans la circulaire du 29 décembre 2015 à faire de la pédagogie et de ne pas opérer de redressements sur ce sujet durant le premier semestre.
Le dispositif est difficilement applicable en l'état. En effet, il est peu compatible avec la présence d'une clause d'ancienneté. Le montant du « chèque santé » est calculé en fonction de la cotisation applicable aux CDI dans la même situation. Comment le calculer alors que l'affiliation serait impossible pour les salariés ne justifiant pas de l'ancienneté requise ? Ce serait créer une inégalité de traitement à l'envers…

Dans l'attente de précisions, il est donc urgent d'attendre !
Sur ces sujets, n'hésitez pas à solliciter : brancheEEP-sante@collegeemployeur.org.